

les femmes en couches plus particulièrement ; elle s'accompagne généralement de frissons, de vomissements, de fièvre, parfois de symptômes typhoïdes, et peut amener la mort.

Le diagnostic avec le muguet est facile ; en effet le muguet est caractérisé par des concrétions blanchâtres peu adhérentes, très distinctes de l'ulcération aphtheuse. L'herpès buccal, qui, du reste, paraît très voisin par sa nature de la stomatite aphtheuse, accompagne généralement une éruption cutanée ; on ne confondra pas l'aphthe avec la stomatite ulcéreuse dont la marche est différente et qui donne lieu à des ulcérations plus profondes et plus étendues.

Le pronostic est favorable.

Le plus souvent il est inutile d'intervenir. Chez les enfants on peut employer les collutoires boratés. On prescrit quelques laxatifs s'il y a des symptômes d'embarras gastrique.

GUERSANT. Dict. en 30 vol. — BILLARD. Maladies des enfants. Paris, 1837. — BERG. Ueber Aphthen bei Kinder (aus dem Schwedischen übersetzt von Van der Busch). Bremen, 1848. — BEDNAR. Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien, 1850. — BARTHEZ et RILLIET. Traité des maladies des enfants. — WORMS. De quelques caractères distinctifs de l'aphthe (Gaz. hebdomadaire, 1864, et Art. Aphthes in Dict. encyc. des sc. méd.) — CORNIL et RANVIER. Loc. cit.

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE.

On a pendant longtemps confondu la *stomatite ulcéreuse* avec les autres maladies de la bouche ou bien avec la diphthérie (Bretonneau). Taupin, Rilliet et Barthez ont bien étudié cette maladie chez les enfants ; ils lui ont donné son nom. Desgenettes, Caffort, Payen et Gourdon, Malapert, Bergeron ont fait la même étude chez l'adulte et ont montré l'identité de la stomatite ulcéreuse des soldats (stomatite gangréneuse de Larrey) avec la stomatite des enfants. L'histoire de la stomatite ulcéro-membraneuse est une histoire toute française. En Allemagne elle est encore généralement confondue avec la stomatite mercurielle.

Fréquente chez les enfants de cinq à dix ans, atteignant plutôt les garçons que les filles, revêtant un caractère épidémique dans les hôpitaux et asiles d'enfants, la stomatite ulcéro-membraneuse se développe sur les sujets faibles, strumeux, rachitiques ou débilités par une maladie antérieure. Chez l'adulte, les mauvaises conditions hygiéniques de toutes sortes : alimentation insuffisante, encombre-

ment, humidité, sont favorables à l'apparition de l'affection. C'est ainsi qu'elle se montre dans les pensionnats, les casernes, surtout chez les nouvelles recrues. L'évolution de la dent de sagesse joue aussi un certain rôle, mais ce rôle a été notablement exagéré par quelques observateurs. La contagion, admise par quelques auteurs, n'est point encore préremptoirement démontrée (1).

La stomatite ulcéreuse est caractérisée par des ulcérations recouvertes d'une matière pultacée grisâtre ou noirâtre, s'il y a un peu de sang épanché. Une infiltration de pus et de fibrine se fait dans le derme, comprime les vaisseaux et détermine la mortification des tissus superficiels. Si l'on enlève l'enduit pultacé, le fond de l'ulcère paraît anfractueux avec des débris de fibres conjonctives et élastiques ; les bords sont violacés, taillés à pic, saignants.

Au début, on peut observer un peu de malaise et d'inappétence : parfois la stomatite commence par une vésico-pustule qui crève en laissant une ulcération ; le plus souvent la gencive devient douloureuse, tuméfiée, violacée, saignante, et l'ulcération est le symptôme initial. Bientôt apparaît un enduit pultacé gris jaunâtre, les dents se déchassent et l'ulcération se propage à la partie correspondante des lèvres ou des joues : sur les lèvres, ces ulcérations sont arrondies, mais sur les joues elles se réunissent en formant, dans le sens antéro-postérieur, une solution de continuité de 5 à 6 centimètres, avec des parties plus larges et plus profondes au niveau des dents. Les ulcérations se montrent encore, mais plus rarement, sur les côtés de la langue et sur les amygdales ; généralement elles sont *limitées à un seul côté* de la bouche.

Il existe une sensation de cuisson dans la bouche, du ptyalisme, de la difficulté dans la mastication, un engorgement des ganglions sous-maxillaires. L'haleine a une fétidité insupportable.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'ulcération se déterge et se cicatrise très rapidement ; abandonnée à elle-même, elle peut passer à l'état chronique et persister pendant trois ou quatre semaines. La durée moyenne est d'une semaine à un mois.

(1) Tous les auteurs qui ont soutenu la contagiosité de la stomatite ulcéro-membraneuse se sont appuyés sur les résultats positifs des inoculations tentées par J. Bergeron. On se rappelle en effet que J. Bergeron s'étant inoculé lui-même sur la joue, vit, le lendemain de l'inoculation, une pustule se développer puis se flétrir : huit jours après il avait une stomatite ulcéro-membraneuse. Ces expériences méritent d'être reprises, car il est bien probable que les conditions individuelles de réceptivité jouent dans l'espèce le principal rôle.

Le diagnostic est sans difficulté, le pronostic bénin, abstraction faite des cas exceptionnels qui ont été suivis de gangrène de la bouche et de cicatrices vicieuses.

Employé à la dose de 4 à 8 grammes par jour chez l'adulte dans un julep, le chlorate de potasse est véritablement spécifique contre la stomatite ulcéro-membraneuse. Le malade ne doit pas seulement se gargariser avec la solution de chlorate de potasse, il peut même en absorber une partie. Si les ulcérations restent stationnaires, on les touchera soit avec le nitrate d'argent, soit avec le chlorure de chaux sec. Enfin on mettra les malades dans de bonnes conditions d'alimentation et d'aération et on leur administrera des toniques.

PAYEN et GOURDON. Rec. mém. méd. milit., 1830. — CAFFORT. Arch. gén. de méd., 1832, t. XXVIII, p. 56. — MALAPERT. Rec. mém. méd. milit., 1838, t. XLV. — J. BERGERON. Rec. mém. méd. milit., 1858. — L. COLIN. Études clin. de méd. milit., 1864, p. 158. — VALLEIX. Guide du médecin praticien, 5^e édit., 1866, t. III. — FEUVRIER. Rec. mém. méd. milit., 1873. — WEST. Lectures on the Diseases of infancy, p. 167. — RILLIET et BARTHEZ. Op. cit. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, 1875, p. 560. — CATELAN. De la stomatite ulcéreuse épid. (Arch. de méd. nav., 1877). — L. COLIN. Traité des maladies épidémiques, 1879. — LABOULBÈNE. Traité d'anat. path., 1880.

STOMATITE CRÈMEUSE OU MUGUET.

On désigne sous le nom de *muguet* la production dans la cavité buccale d'une substance caséuse blanchâtre formée de débris épithéliaux et d'un cryptogame parasite. On a confondu le muguet avec les autres stomatites (aphthes et stomatite ulcéro-membraneuse) jusqu'aux travaux de Berg, de Gruby (1842) et de Ch. Robin (1853), qui ont établi nettement la nature parasitaire de l'affection.

Le muguet est très fréquent dans les hôpitaux d'enfants. Seux (de Marseille) a trouvé 402 fois le muguet sur 547 enfants examinés, et de ce nombre 394 n'avaient pas dépassé huit jours. Seux a démontré également que le muguet était plus fréquent en été qu'en hiver, dans le midi de la France que dans le nord (23,5 pour 100 à Paris, 73,5 à Marseille), et que son apparition dépendait moins de la constitution de l'enfant que des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il était placé. L'alimentation par le biberon ou au moyen de substances féculentes, le sevrage prématuré et les maladies qui en sont la conséquence (gastro-entérites), sont des causes fréquentes du muguet. Le muguet est contagieux (Berg, Nat. Guillot); la contagion se fait souvent par l'intermédiaire d'une nourrice donnant le sein à plusieurs enfants, par les biberons, les

cuillères. A partir de deux ans, le muguet est beaucoup moins fréquent; chez l'adulte ou le vieillard, il est toujours symptomatique; il se présente à la fin des maladies graves: tuberculose, pneumonies adynamiques, diabète, fièvre puerpérale, etc., auquel cas il est presque toujours un signe du plus fâcheux pronostic.

M. Ch. Robin a bien décrit les plaques blanches du muguet: ces plaques sont formées de cellules épithéliales, de filaments et de spores d'une mucédinée, l'*Oidium albicans* (*Syringospora* de Quinquaud). C'est dans les intervalles des cellules épithéliales que se développe le champignon, contrairement à l'opinion de Lélut qui croyait le muguet sous-épithélial; Gubler, s'appuyant sur quarante-dix-neuf observations, a démontré la nécessité d'une *réaction acide* des liquides buccaux pour ce développement.

Le muguet n'est pas l'apanage exclusif de l'épithélium buccal; Parrot l'a rencontré fréquemment dans l'œsophage, voire même dans l'estomac. Seux l'a rencontré dans l'intestin et Bouchut affirme l'avoir observé dans le rectum; mais ces dernières observations sont sujettes à conteste; en règle générale, le muguet a besoin pour se reproduire d'un terrain spécial: l'épithélium pavimenteux (Parrot). Aussi est-il exceptionnel dans les voies respiratoires où cependant Parrot l'a retrouvé quelquefois, mais seulement sur les cordes vocales inférieures et dans l'alvéole pulmonaire même.

Dès le début, la langue est d'un rouge vif, sèche, douloureuse au toucher, couverte de saillies papillaires. Un jour ou deux après, apparaissent les concrétions du muguet sous forme soit de points blanchâtres isolés, soit de membranes étendues analogues à du lait caillé; ces plaques sont sinueuses, déchiquetées sur leurs bords, très adhérentes à la muqueuse; elles siègent de préférence sur la langue, la face interne des joues, le pharynx, se montrent plus rarement au niveau des gencives, où le frottement s'oppose à leur fructification. Si l'on racle ces dépôts, on trouve au-dessous la muqueuse sèche, luisante, tendue, non ulcérée. La coloration blanche passe rapidement au jaune sous l'influence de l'air.

La succion, la déglutition, la mastication sont souvent douloureuses: il n'y a ni pyalisme, ni fétidité de l'haleine. Apyrétique chez l'adulte, le muguet peut occasionner, chez les jeunes enfants, un mouvement fébrile, des vomissements, de la diarrhée avec érythème des fesses, etc.

Le muguet symptomatique d'un état cachectique, d'une maladie consomptive, est le plus souvent d'un pronostic fatal: c'est pour cela

sans doute que Valleix avait tracé du muguet un si sombre tableau ; dégagé de toute complication, le muguet guérit dans l'espace de trois à sept jours.

Les productions membraniformes du muguet se présentent avec un aspect caséux, blanchâtre, lactescent, qui empêchera le plus souvent toute confusion avec les autres stomatites. Dans le doute on aura recours au microscope.

Les tubes du mycélium ont un aspect caractéristique, ils sont creusés d'une cavité cylindrique contenant des loges ou des chambres (Robin) pleines de granulations mobiles ; chaque tube, s'abouchant avec deux autres tubes par la même extrémité, semble bifurqué à son sommet.

Dans le traitement, on devra d'abord écarter les causes occasionnelles, surveiller l'hygiène, etc. Comme traitement local, il faut combattre l'acidité buccale par le borax, le bicarbonate de soude, l'eau de Vichy, etc. Le chlorate de potasse n'a donné aucun résultat (Legroux).

GUERSANT et BLACHE. Art. Muguet in Dict., en 30 vol. — VALLEIX. Maladies des nouveau-nés. — GRUBY. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1842. — BERG. Loc. cit. — CH. ROBIN. Histoire naturelle des végétaux parasites. Paris, 1853. — SEUX. Recherches sur les maladies des nouveau-nés. Paris, 1855. — GUBLER. Mém. de l'Acad. de méd., 1858, t. XXII, et Art. Bouche, in Dict. encyc. des sc. méd. — PARROT. Arch. de physiologie, 1869 et 1870. — DU MÊME. De l'athropsie des nouveau-nés. — ARCHAMBAULT. Art. Muguet, in Dict. encyc. des sc. méd., 1876. — J. SIMON. Art. Muguet in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., 1877. — DAMASCHINO. Contribution à l'étude du muguet (Un. médic., 1881).

STOMATITE MERCURIELLE.

La stomatite mercurielle ou *ptyalisme mercuriel* succède à l'absorption du mercure ou de ses composés, du calomel en particulier.

On l'observe principalement chez les individus qui emploient le mercure dans un but thérapeutique ; les professions où l'on se sert de préparations hydrargyriques (préparation des chapeaux, étamage des glaces, etc.) donnent plutôt lieu aux autres symptômes du mercurialisme qu'à la stomatite. Le ptyalisme mercuriel apparaît pour la moindre cause chez certains individus prédisposés, sous l'influence, par exemple, d'une simple cautérisation au nitrate acide de mercure, tandis que chez d'autres l'emploi journalier et continu des mercuriaux n'amène aucun accident. Le séjour dans les lieux

humides, la diminution des sécrétions, de la sueur, sont des causes prédisposantes bien connues.

Il existe sur les lèvres, le voile du palais, les joues, principalement autour des conduits glandulaires, de petites plaques blanchâtres et superficielles, produites par la tuméfaction et la dégénérescence granuleuse des cellules épithéliales. Au-dessous, les globules de pus infiltrent le derme, la base des papilles, et produisent des ulcérations larges et peu profondes, recouvertes d'un enduit blanc grisâtre, facile à enlever.

Le premier symptôme éprouvé par le malade est un goût métallique très prononcé qui s'accompagne bientôt d'une salivation intense. La gencive, bordée d'un liséré rouge, puis blanchâtre, se tuméfie, devient rouge et saignante ; les dents, déchaussées et ébranlées, donnent au malade la sensation d'un allongement ; l'haleine prend une fétidité repoussante, vraiment pathognomonique (1). Bientôt le gonflement s'étend aux lèvres, aux joues, à la langue, sur lesquelles les dents marquent leur empreinte. Si l'inflammation augmente, la langue horriblement tuméfiée fait saillie entre les arcades dentaires ; son extrémité toujours exposée à l'air devient sèche et brune, tandis que sa base, obstruant en partie les voies aériennes, provoque une dyspnée assez intense. L'inflammation de la trompe d'Eustache est alors fréquente. Le gonflement s'étend aux ganglions lymphatiques, aux glandes salivaires et, la sialorrhée s'accroissant encore, il s'écoule de la bouche plusieurs litres d'une salive fade ou fétide. La salive ainsi répandue a perdu son pouvoir diastatique, ne contient presque plus de ferro-cyanure de potassium, mais renferme du mercure d'une façon fort appréciable. A ce moment la fièvre s'allume ou devient plus intense, l'insomnie est continue, l'amaigrissement très rapide. A un dernier degré, fort rare aujourd'hui qu'on ne pousse plus à salivation le traitement mercuriel, les dents noircissent et tombent, les joues se gangrènent, les maxillaires se nécrosent et la mort peut survenir ; si la guérison est encore possible, elle ne se fait qu'au prix de cicatrices vicieuses et de difformités incurables.

A l'aide d'un traitement approprié, il est facile d'arrêter la maladie dans sa marche. Sa durée varie de quatre jours à quatre

(1) Les symptômes de la stomatite mercurielle ont été exposés depuis longtemps, et avec infiniment d'esprit, par Voltaire dans son roman de *Candide*.

semaines ; mais généralement il subsiste après la guérison une sorte de susceptibilité morbide de la muqueuse buccale.

On ne confondra pas la stomatite mercurielle avec les lésions syphilitiques qui n'occupent pas le même siège, ni avec la stomatite ulcéro-membraneuse qui, au point de vue symptomatique, offre une grande analogie avec la stomatite mercurielle, mais qui se présente le plus souvent à l'état épidémique et en dehors de toute intoxication mercurielle.

Dès le début de la salivation, il faut suspendre l'emploi des préparations mercurielles. Comme abortifs on a conseillé les collutoires à l'alun (Velpeau), à l'acide chlorhydrique (Ricord). Le chlorate de potasse (à l'intérieur et en gargarismes) est le véritable spécifique de la stomatite mercurielle.

RICORD. Leç. sur le chancre. Paris, 1858. — BEAULIET. Quelques considérations sur la stomatite mercurielle, th. de Strasbourg, 1862. — BERNAZKY. Zur Lehre von der mercuriellen Salivation (Virchow's Jahreshb., 1869). — KUMS. Obs. de salivation produite par le sublimé corrosif (Ann. Soc. méd. d'Anvers, 1873). — FARQUASSON. The action of Mercury (Brit. med. Journ., 1873).

GLOSSITE.

La glossite est l'inflammation de la langue. Elle peut être *aiguë* ou *chronique*, *superficielle* ou *profonde*.

La glossite *aiguë superficielle* a aussi reçu les noms de *glossite folliculaire*, *papillaire*, suivant les éléments anatomiques plus spécialement touchés. L'épithélium prolifère rapidement, formant des couches stratifiées qui, enlevées par le raclage, laissent voir le derme d'une coloration rouge vif. Le goût est perverti, tous les mouvements de la langue sont pénibles. L'épithélium peut aussi s'atrophier dès le début et tomber en laissant le derme privé de sa couche protectrice (Küss).

La glossite *aiguë profonde* peut être *générale* ou *partielle*. La glossite s'annonce en général par une douleur vive et continue ; le gonflement est rapide, parfois énorme. Comme dans la glossite mercurielle, la langue fait saillie entre les arcades dentaires, et la tuméfaction de sa base peut rendre la déglutition impossible et provoquer une violente dyspnée due surtout à l'élévation du larynx en haut et en avant. A cette période, il y a une anxiété pénible, la face est congestionnée, la fièvre est parfois intense. L'œdème de la glotte, l'abcès ou la gangrène de la langue peuvent survenir et dé-

terminer la mort ; d'ordinaire la glossite aiguë se termine par résolution.

La glossite *disséquante* (Wunderlich) est caractérisée par des fissures profondes autour des papilles : le fond de ces fissures est souvent ulcéré et les particules alimentaires qui s'y arrêtent augmentent encore l'inflammation. La glossite disséquante est parfois difficile à distinguer de certains épithéliomas de la langue.

Les causes des glossites sont nombreuses : parmi les plus fréquentes, nous citerons le froid (Formorel, Béhier), les plaies, les morsures (par exemple chez les épileptiques), les piqûres d'insectes, les substances irritantes (garou, tabac, ammoniac, etc.), l'application des caustiques, le mercure. Noël Guéneau de Mussy a attiré l'attention sur une variété particulière de glossite qui serait consécutive à la névrite de la corde du tympan et du lingual. La glossite papillaire se rencontrerait surtout chez les femmes nerveuses (Requin, Grisolle).

La glossite superficielle sera traitée par les astringents, la glossite disséquante par les caustiques. Les sangsues, les scarifications, les incisions multiples seront employées contre les formes parenchymateuses. Il faut ouvrir les abcès s'il y en a et recourir à l'ablation d'une partie de l'organe dans les cas rebelles (Demarquay). Les complications donnent lieu à des indications spéciales : la trachéotomie, par exemple.

REQUIN, GRISOLLE. Path. int. — WUNDERLICH. Handb. der Path. und Therap. Stuttgart, 1854. — FORMOREL. Glossite aiguë causée par l'impression du froid (Un. méd., 1867). — BÉHIER. Glossite aiguë à frigore, in Gaz. hôp., 1870. — DEMARQUAY. Art. Langue (Nouv. Dict. de méd. et de chir.). — N. GUÉNEAU DE MUSSY. Arch. gén. de méd., 1879. — DEBOVE. Psoriasis buccal, th. Paris, 1874. — VAN LAIR. Lichénoïde lingual (Revue méd., 1881). — PARROT. Progrès méd., 1882.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE. NOMA.

Synonymie : *Stomatite putride* ou *maligne*. — *Stomacée gangréneuse*. — *Cancer aqueux* (Van den Woorde). — *Cancer scorbutique* (Van Rinh.)

On désigne sous le nom de gangrène de la bouche une maladie spéciale, *sui generis*, absolument distincte des autres manifestations gangréneuses qui peuvent s'observer dans la cavité buccale (gangrène chirurgicale, gangrène post-érysipélateuse, aphthes gangréneux) et qui est particulière aux états constitutionnels graves.

La maladie a été décrite dès le commencement du dix-septième siècle en Allemagne et en Hollande, où elle est beaucoup plus fré-

quente que chez nous. En France elle n'est guère connue que depuis le mémoire de Baron (1810), la thèse d'Isnard (1818), et nos premiers traités sur les maladies des enfants (Billard, Guersant, Rilliet et Barthez).

Le *noma* est rare chez l'adulte; fréquent chez les enfants de trois à cinq ans, atteignant plutôt les filles que les garçons, il se rencontre surtout chez ceux qui sont débilités, affaiblis par les privations ou les maladies. Le *noma* est rarement spontané, idiopathique; le plus souvent il est consécutif à la pneumonie, à la dysenterie, à la dothiéntérie, à la variole, à la scarlatine, au mal de Pott, à l'état puerpéral et surtout à la rougeole (47 cas sur 98), ou bien à une lésion locale: dent cariée, pyalisme mercuriel (Bretonneau). Il n'est ni épidémique, ni contagieux; il est moins commun dans les climats chauds ou tempérés que dans les pays froids et humides, où il peut sévir comme une véritable endémie.

Pour certains auteurs, la gangrène de la bouche, tout en étant une maladie spontanée, nécessiterait pour se produire l'existence d'un traumatisme préalable.

En général, le début de la maladie est marqué par l'apparition à la face interne de la joue d'une phlyctène qui crève bientôt en laissant à sa place une ulcération gris noirâtre, gangréneuse. Le sphacèle s'étend, la salive devient sanieuse et fétide, tous les tissus se tuméfient, on sent dans l'épaisseur de la joue un engorgement dur et profond; la peau à ce niveau est tendue, marbrée et, du troisième au sixième jour, apparaît une eschare cutanée. Dans les cas graves la gangrène s'étend peu à peu à tout un côté de la face et même à la peau du cou, les gencives tombent en putrilage, les dents se déchaussent et vacillent, les maxillaires se nécrosent et le petit malade est emporté, soit par épuisement, soit par une complication: broncho-pneumonie, gangrène d'un autre organe, gastro-entérite développée par la déglutition de la salive chargée de débris gangréneux. La terminaison par hémorrhagie est rare, grâce à l'oblitération des petits vaisseaux par thrombose secondaire. Dans les cas favorables, la gangrène suspend sa marche, l'élimination et la réparation succèdent à la mortification, et la guérison s'obtient (27 fois sur 100, Tourdes) au prix d'adhérences vicieuses ou même de fistules persistantes et d'horribles cicatrices.

Rilliet et Barthez, d'autre part, n'auraient vu la guérison survenir que trois fois sur vingt-neuf cas observés. Le pronostic est donc très grave.

Le *noma* se distingue de la pustule maligne par son début sur la muqueuse, de l'aphthe gangréneux par son extension aux tissus sous-muqueux; sa marche rapide, le gonflement de la joue et des lèvres le séparent enfin de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Le traitement local consiste en cautérisation énergique avec le fer rouge (traitement institué par Ballus dès le commencement du dix-septième siècle), l'acide chlorhydrique, les hypochlorites, etc. (Reichter, Hueter), et en injections détersives et désinfectantes dans la bouche. On emploiera en même temps tous les moyens propres à soutenir les forces du malade.

RICHTER. Der Wasserkrebs der Kinder. Berlin, 1828. — BILLARD. Loc. cit. — TOURDES. Du *noma*, etc. Th. de Strasbourg, 1818. — WEST. Maladies des enfants (trad. Archambault), 1875. — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1880, p. 367.

ANGINES.

La dénomination d'*angines* s'applique à « toutes déterminations morbides, gutturales, pharyngées, dans lesquelles intervient l'inflammation à quelque époque, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit » (Desnos).

Les angines peuvent se classer de la façon suivante :

A. ANGINES AIGUES divisées elles-mêmes en angines *simples* et *spécifiques*. Les angines simples comprennent les formes *catarrhale* et *phlegmoneuse*. Les angines spécifiques se divisent en : 1° angines avec produits spéciaux, *angines diphthéritique, herpétique, du muguet, de la stomatite ulcéro-membraneuse*; 2° angines spéciales à certains états généraux, *rhumalisme*; 3° angines des pyrexies, *érysipèle, scarlatine, variole, rougeole, dothiéntérie*; 4° angines des affections virulentes, *morve et farcin, charbon*; 5° angines toxiques, *mercure, iodure de potassium, solanées*.

B. ANGINES CHRONIQUES comprenant les angines *glanduleuse, scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique*.

ANGINES AIGÜES.

ANGINE CATARRHALE (Synonymie : *Mal de gorge, angine gutturale, pharyngée, tonsillaire, pharyngite catarrhale*).

L'angine catarrhale atteint de préférence les enfants et les jeunes

gens, surtout ceux qui sont lymphatiques ou scrofuleux; très souvent on trouve une prédisposition *innée* ou *héréditaire*. Quelques femmes ont une angine à chaque période menstruelle. L'angine catarrhale se montre quelquefois au début ou dans le cours de l'embarras gastrique, après l'ingestion d'aliments trop chauds ou trop froids, sous l'influence de l'irritation que produisent les gaz irritants, etc.; le plus souvent ce sont les variations brusques de température, au printemps et à l'automne, qui lui donnent naissance. L'angine catarrhale coïncide fréquemment avec la grippe.

La muqueuse de la gorge est rouge, luisante et sèche, tuméfiée surtout au niveau des points où il existe du tissu cellulaire en abondance. Les glandes muqueuses font saillie par suite du gonflement des cellules des culs-de-sac. Plus tard, si le processus inflammatoire n'a pas été enrayé, les surfaces se recouvrent parfois d'un enduit muqueux ou muco-purulent formant sur le voile du palais ou les amygdales des plaques blanchâtres (*angine pultacée*). Le caractère distinctif de cet exsudat est de ne jamais contenir de fibrine. Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés.

L'inflammation peut occuper tout le pharynx ou seulement l'une de ses parties, voile du palais, piliers, luette, amygdales (*amygdalite*).

Le début peut être marqué par des frissons ou mieux des frissonnements, de l'inappétence, du malaise, de l'insomnie, auxquels viennent se joindre un peu plus tard du délire chez les sujets impressionnables et nerveux et une prostration qui ne semble pas en rapport avec les lésions locales. La fièvre survient brusquement et la température, le plus souvent modérée, peut, dans quelques cas plus rares, atteindre immédiatement 39°,5 ou 40 degrés, hyperthermie qui persiste presque sans rémission pendant une période de deux à cinq jours; puis il se produit un abaissement subit et parfois considérable, qui fait ressembler le tracé thermométrique à celui de la pneumonie franche (fig. 40 et 41). Cette défervescence s'accompagne de la disparition rapide de tout l'appareil menaçant qui l'avait précédée. Dans la grande majorité des cas, l'angine catarrhale aiguë s'accompagne de phénomènes généraux peu accentués, quelquefois même complètement négligeables.

Les symptômes locaux sont d'abord une sensation de corps étranger dans le pharynx, puis une difficulté très notable dans la déglutition, qui est en même temps très douloureuse. Si l'inflammation s'est surtout portée sur le voile du palais, il peut y avoir

rejet par le nez des aliments et des boissons. En même temps la salivation est exagérée, l'haleine a une odeur désagréable, le sens du goût est altéré, la voix *nasonnée*. On peut aussi observer des nausées et des vomissements si l'angine est symptomatique d'un état saburral des voies digestives ou coïncide avec lui.

La propagation de l'inflammation à la trompe d'Eustache est fréquente et détermine des troubles dans l'audition.

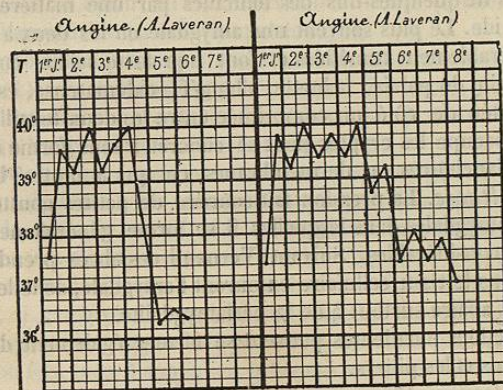


FIG. 40 et 41.

La durée de la maladie dépasse rarement un septénaire: la résolution est la règle et le pronostic peut être considéré comme très favorable. Il faut savoir cependant que l'angine simple peut se compliquer de paralysies du voile du palais ou même de paralysies généralisées (Gubler), et que dans des cas, fort rares à la vérité, on a vu se produire un œdème du larynx qui a entraîné la mort. Les récidives sont fréquentes et engendrent souvent l'état chronique.

Le traitement ne nécessite pas d'intervention active. Quelques gargarismes émollients pour combattre l'inflammation; quelques badigeonnages au miel ou au jus de citron, s'il y a des exsudats pultacés. On prescrira un peu d'aconit, d'esprit de Mindérérus ou de poudre de Dover contre l'état général, et, s'il existe en même temps de l'embarras gastrique, on pourra donner un purgatif ou un éméto-cathartique.

ANGINE PHEGMONEUSE (Synonymie: *Esquinancie*, *angine parenchymateuse*, *cynanche*). — L'étiologie de l'angine phlegmo-